



FAX診療予約申込書 岡山大学病院【医科】

※セカンドオピニオンの場合、申込み方法が異なります。当院のホームページをご確認ください。

※外国人患者の方で、日本の健康保険証をお持ちでない方は、医療費が高額になります。
FAX送信前に必ず、国際診療支援センター（TEL:086-235-6570）へ電話連絡してください。

詳細は当院のホームページをご確認ください。

<https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index274.html>

1. 太枠内は必須項目です。
2. 救急患者については、この申込書を使用せず、直接該当診療科へお問い合わせください。
3. このFAX診療予約申込書により受付けます。（電話での申込みは受付しておりません。）（翌日の予約は取れません。）
4. 予約取得の際は、「初診予約診療科情報一覧（医科）」および「外来診療医日割表（医科）」をご確認ください。
5. 受付日（月～金）の16時までに本申込書を送信いただければ、当日中に『外来予約票』をお送りいたします。
予約受付時間外（平日16時以降・土曜・日曜・祝日含む）のお申込みは、翌診療日の対応となります。

岡山大学病院		貴施設[送信元]	申込日：令和 年 月 日
希望医師名 (医師の希望のある場合は記入してください。)	医師	ご施設名	病院・医 科
希望受診日		医師氏名	先生
第1希望日 令和 年 月 日 頃		〒	
第2希望日 令和 年 月 日 頃		住所	
※予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。 治療緊急性：急を要する場合は直接診療科へご連絡ください。 (緊急の場合、本様式「FAX診療申込書」は使用できません。)		TEL :	
		FAX :	
		(連絡担当者 :)

【希望診療科】 ※必ずし点をつけてください。

<input type="checkbox"/> 総合内科・総合診療科	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵外科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 小児神経科	<input type="checkbox"/> 麻酔科蘇生科
<input type="checkbox"/> 呼吸器・アレルギー内科	<input type="checkbox"/> 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝子診療科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 腫瘍センター(腫瘍内科)
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 緩和支援医療科
<input type="checkbox"/> 感染症内科	<input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科	<input type="checkbox"/> 眼科	
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	
<input type="checkbox"/> 消化管外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 形成外科	

【患者情報】

患 者 氏 名	フリガナ	性 別	生 年	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
	漢 字	男・女	月 日	年 月 日
	(旧姓)	岡山大学病院 受診歴		有 ・ 無 ・ 不明
	※カルテの二重登録防止のためご記入下さい。	IDがわかればご記入ください。		ID :
電 話 番 号 (携帯等)	※当院より連絡する場合があります。			
現住所				
コロナワクチン2回の接種の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
紹介元医師判断 COVID-19が否定できない <input type="checkbox"/> はい				
※ はい(否定ができない)の場合は、診療科に相談となり、予約取得の回答にお時間を頂きます。				

※ COVID-19対策のため、ICTが対応する場合があります。

【診療情報提供書添付 有・無】

※ 診療情報提供書を、可能な限り添付してFAX送信してください。（原本は、受診日に持参ください。）

※同時送信しない場合、必ず下記の<傷病名・紹介目的・病状詳記>を記載し、翌日中には必ず 診療情報提供書をFAX送信してください。

傷 病 名	紹介 目 的	<input type="checkbox"/> 検査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 ・ 手術 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 先生同士お話済 (日時まで決定済・診察了承のみ)
病 状 詳 記	(臓器・部位をなるべく明記してください。)	

《問合せ先》岡山大学病院 初診予約担当 (TEL) 086-235-7205
(送信先FAX番号) 086-235-6761